AS CONDIÇÕES DE TRABALHO POSTAS AOS/ÀS ASSISTENTES SOCIAIS RESIDENTES INSERIDOS EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Ana Flávia Roatt de Oliveira[1]

Ana Kelen Dalpiaz[2]

Angélica Soares Pinto Toniolo[3]

RESUMO: Os/as assistentes sociais têm inserido-se em Estratégias Saúde da Família (ESFs) na Região Distrital de Saúde Partenon-Lomba do Pinheiro de Porto Alegre, exclusivamente, através da Residência Multiprofissional em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Assim, caracteriza as condições de trabalho postas aos/às assistentes sociais residentes nessas ESFs, a partir de uma pesquisa qualitativa, realizada no período de agosto de 2019 à dezembro de 2020, com seis assistentes sociais egressos da RIS. Identificam-se características das condições de trabalho, às quais estão expostos trabalhadores da saúde, onde inclui-se o/a assistente social residente e outros/as profissionais residentes. Depara-se com a urgente necessidade de adequação dos espaços físicos da ESFs para o desenvolvimento do trabalho e o acolhimento dos/as residentes. Ademais, ressalta-se a necessidade de se repensar como tem ocorrido a inserção do/a assistente social residente nas ESFs.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção Básica em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Formação Profissional em Saúde. Assistentes sociais. Condições de trabalho.

ABSTRACT: The social assistants are inserted in the Family Health Strategies (FHSs) in the Partenon-Lomba do Pinheiro Health District of Porto Alegre, exclusively, through the Multiprofissional Residence in Health (MRH) of the Rio Grande do Sul Public Health School (PHS/RS). Thus, it characterizes the working conditions offered to social workers residing in these ESFs, based on a qualitative research, carried out from August 2019 to December 2020, with six social assistants

[1] Assistente Social. Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). E-mail: anaroatt@hotmail.com Assistente Social no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestra em Política Social e Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: anakelen@outlook.com.br

[2] Assistente Social no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestra em Política Social e Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: anakelen@outlook.com.br

[3] Assistente Social na Secretaria Municipal de Porto Alegre. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). E-mail: angelica.toniolo@portoalegre.rs.gov.br

graduated from RIS. Characteristics of the working conditions to which health workers are exposed are identified, including the resident social worker and other resident professionals. It is faced with the urgent need to adapt the physical spaces of the ESFs for the work development and the reception of residents. In addition, it emphasizes the need to rethink how the insertion of the resident social worker in the FHSs has occurred.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Human Resource Training. Social Workers. Working Conditions.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho resulta do *processo de formação em serviço* realizado no período de março de 2019 à março de 2020, através do *Programa de Atenção Básica em Saúde Coletiva* da *Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIS)* da *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS)*. Processo que foi profundo, inquieto, incômodo, por vezes até solitário e, por conseguinte, capaz de trazer à tona contradições, questionamentos, críticas e tensionamentos acerca da inserção dos/das assistentes sociais residentes nas Estratégia Saúde da Família (ESF).

Vale explicar que no contexto desse programa de residência no município de Porto Alegre/RS (POA/RS), os/as assistentes sociais residentes se inserem em Unidades Básicas de Saúde (USBs) localizadas na Região Distrital de Saúde (RDS) Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP), as quais atuam na lógica da ESF, não possuem no quadro de funcionários/as contratados/as os/as profissionais de Serviço Social e trabalham com equipes mínimas de Saúde da Família (SF).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), na ESF, as equipes são compostas por médicos/as e enfermeiros/as, ambos/as generalistas ou especialistas em família e comunidade, técnicos/as em enfermagem, além de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em casos de ESF que comporte também a Equipe de Saúde Bucal (ESB), juntam-se ao quadro de recursos humanos obrigatório o/a cirurgião/ã dentista, generalista ou especialista, e o/a auxiliar ou técnico/a em saúde bucal. Outros/as profissionais, como assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogos, entre outros, compõem equipes de Núcleos de

Apoio à Saúde da Família[4] (NASFs), que atuam como suporte às equipes de Saúde da Família (eSF). (BRASIL, 2017).

Eis que, em POA/RS, a Atenção Básica em Saúde (ABS) caracteriza-se pela terceirização e privatização dos serviços ofertados à população, vem gradativamente sofrendo desmontes que interferem na oferta[5] de serviços essenciais à população e na atuação do assistente social frente às demandas existentes. Atualmente, na RDS PLP não existe assistente social em ESF e as duas equipes de NASF que existiam, as quais contavam com assistentes sociais, foram desabilitadas em 2016. Dessa forma, as referências aos/às assistentes sociais residentes como preceptores[6] de núcleo são profissionais que atuam em outros serviços de saúde do município, não necessariamente no nível de ABS.

Embora a inserção do/a assistente social nas ESFs não esteja prevista nas normativas da política de saúde, sabe-se que esse/essa profissional tem se inserido nesse serviço de saúde e, no caso da RDS PLP de POA/RS, através desse programa de residência. Essa realidade contraditória impõe aos/às assistentes sociais residentes incertezas em relação ao papel que ocupam na eSF, bem como limites em relação às condições de trabalho.

---

[4] O Núcleo de Apoio Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é composto por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de categorias de profissionais da saúde complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, dentre elas o Serviço Social. Esse núcleo intervém em conjunto com a eSF e Equipe de Atenção Básica (EAB), integralmente, na responsabilidade pelo cuidado do território e usuários/as, no suporte clínico, pedagógico e sanitário das equipes, a fim de ampliar as possibilidades de ações, contribuindo para o aumento da resolubilidade da AB; além de aumentar a capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2017).

[5] Com a retomada do avanço neoliberal e conservador que vem se desenhando em nível macro, observa-se no trabalho desenvolvido na base, principalmente no tripé da Seguridade Social, o desmantelamento das políticas sociais e a transferência da responsabilidade do Estado para outras instituições (privadas, religiosas, assistencialistas). Por conseguinte, a oferta cada vez mais escassa de direitos para a população, o que implica inevitavelmente no fazer profissional do assistente social, visto que trabalha, entre outras coisas, na ampliação, garantia de direitos, autonomia e emancipação humana. (CFESS, 2012).

[6] "[...] A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista" (BRASIL, 2012).

Além disso, tem-se pouca produção teórica acerca do trabalho do/a assistente social na ABS, principalmente, na ESF. Não existem parâmetros para a atuação profissional na ESF e no contexto do programa de residência aqui em questão, não existem diretrizes para a formação em serviço, consoantes ao Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEP).

Sendo assim, pressupõe-se que a inserção dos/as assistentes sociais residentes nas ESFs contribui para amenizar a falta do/a profissional de Serviço Social no NASF, uma vez que acaba atendendo a demanda reprimida[7] no serviço, sob condições de trabalho precarizadas, dado o contexto da ABS em POA/RS.

A partir disso, buscou-se transformar essas inquietações cotidianas em questões de pesquisa, as quais orientaram o estudo intitulado *As particularidades da inserção do/a assistente social na Estratégia Saúde da Família: a experiência profissional na Residência Multiprofissional em Saúde*, que teve como um de seus objetivos *caracterizar as condições de trabalho postas aos/às assistentes sociais residentes nas ESFs, na RDS PLP de Porto Alegre/RS.*

Trata-se de uma *pesquisa qualitativa*, *exploratória* e *descritiva*, conduzida sob à luz do *método materialista dialético*, realizada no período de *agosto de 2019 à dezembro de 2020*, com assistentes sociais egressos da RIS, da ESP/RS, que estiveram vinculados ao Programa de Atenção Básica em Saúde Coletiva e inseridos nos campos de formação em POA/RS.

A amostra da pesquisa, caracterizada como intencional e não probabilística, foi composta por *seis assistentes sociais residentes* e definida a partir dos seguintes critérios de inclusão e exclusão. *Critérios de inclusão:* assistentes sociais que concluíram a RIS no período de 2012 a 2020, o qual corresponde ao período de implantação e desestruturação dos NASFs em POA/RS; assistentes sociais que realizaram o primeiro ano da RIS nas ESFs da RDS PLP em POA/RS. *Critérios de exclusão:* assistentes sociais que se encontram em processo de trancamento da RIS; assistentes sociais que foram desligados da RIS; assistentes sociais que realizaram o primeiro ano da RIS em UBS sem ESF. Além disso, seguiu-se o critério de saturação de dados para a definição da amostra da pesquisa e os

[7] "[...] No contexto da APS, considera-se a demanda em saúde quando o indivíduo se apresenta ao serviço solicitando acesso e resolutividade de seu problema [...], demanda reprimida é constituída por usuários que foram desassistidos em algum momento" (CHAVÉZ *et al.* 2018, p. 3).

participantes foram selecionados a partir do critério de ordem decrescente do ano de ingresso na RIS.

A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2020, mediante a realização de entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro construído à priori, mas flexível, de forma a permitir que novos elementos surgissem e fossem explorados pelo/a pesquisador/a. As entrevistas foram realizadas por vídeo-chamada no aplicativo *Skype*, por causa das restrições de contato impostas pela pandemia de SARS-COV-2, a partir da obtenção dos consentimentos livres e esclarecidos dos participantes. As entrevistas foram gravadas para *downloads,* as imagens foram desconsideradas e os áudios foram transcritos em documento de texto em *Word* (Microsoft Office).

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2016), que constituiu-se em três etapas: pré-análise; exploração do material e; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira etapa correspondeu à fase de organização e teve o intuito de sistematizar e operacionar as ideias iniciais. Aqui foi feita a escolha pelos dados coletados, assegurando que fossem pertinentes, representativos, homogêneos, etc. A segunda etapa consistiu na codificação do material coletado, que foi a transformação dos dados brutos, a partir da definição de categorias, classificação e agregação dos dados. E, na última etapa, os dados, já explorados, foram confrontados com as interpretações e referências teóricas existentes.

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ESP/RS, mediante o cadastramento na Plataforma Brasil, sob o Parecer nº 4.217.136.

Os dados da pesquisa foram coletados somente a partir da autorização da ESP/RS e, durante todo o processo de pesquisa, considerou-se a confidencialidade dos dados e a privacidade dos participantes da pesquisa.

Destarte, este trabalho dedica-se a apresentar alguns dos resultados dessa pesquisa, especificamente àqueles relacionados às condições de trabalho postas aos/às assistentes sociais residentes inseridos nas ESFs, vinculadas à GDS PLP de POA/RS.

2 AS CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO POSTAS AOS/ÀS ASSISTENTES SOCIAIS RESIDENTES INSERIDOS NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) retrata condições de trabalho como um conjunto de elementos vinculados ao trabalho remunerado e suas relações, as quais perpassam o tempo de trabalho, a remuneração, as condições físicas, bem com as exigências estabelecidas ao trabalhador no ambiente de trabalho[8] (OIT, 2020).

É no contexto de agudização da crise estrutural capitalista, a partir dos anos 1970, que o capital reinventa e reconfigura seu modelo de acumulação produtiva, seus processos, condições e relações de trabalho. Com a consagração do modelo toyotista, a produção em série e longa escala dá lugar a flexibilização da produção, atendendo o mercado local e regional, principalmente no setor de serviços, de acordo com a demanda do consumo e sem acumular grandes estoques. Com o intermédio da tecnologia, a produção passa a exigir do trabalhador o requisito da polivalência, realizando a operação de várias máquinas ao mesmo tempo, e o empregador por sua vez reduz ou subcontrata profissionais com o aumento das horas extras. (ANTUNES, 1997).

> [...] O toyotismo penetra, mescla-se ou mesmo substitui o padrão fordista dominante, em várias partes do capitalismo globalizado. Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Estes são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se à sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção. (ANTUNES, 1997, p. 16).

Tais processos históricos são imprescindíveis de serem abordados quando as condições de trabalho são postas à discussão, visto que, segundo Antunes (1997), essas

[8] Caracterizado por aspectos físicos, químicos, biológicos, de higiene, segurança e antropometria (DEJOURS, 1992).

transformações não se deram somente na materialidade que envolve a "classe-que-vive-do-trabalho"[9], mas também nos seus aspectos subjetivos.

A concepção dessa reestruturação produtiva traz à tona o enfraquecimento da organização dos trabalhadores e a criticidade dos sindicatos, acompanhado do espírito introduzido aos/as trabalhadores/as como colaboradores/as da empresa e chefes/as de si, co-dependentes em suas equipes que gerenciam seus salários com os ganhos de comissões, através do cumprimento das metas absurdas conforme à sua produtividade.

Alinhado ao avanço do neoliberalismo e da mundialização do capital, nos anos 1990, a restrição dos direitos dos trabalhadores foi ampliada, as lutas coletivas são substituídas por lutas corporativas e o Estado passa a atuar como regulador e provedor financeiro e não mais como prestador direto dos serviços, a contrarreforma transfere a responsabilidade que seria do Estado ao Terceiro Setor (BRAVO, CORREIA, 2012).

Sendo assim, há, nas palavras do autor supracitado, "uma nova forma de regulação e um novo ordenamento social pactuado entre capital, trabalho e Estado. Concepção que se sustenta, portanto, na convivência e na colaboração entre as classes sociais, relação esta concebida como cooperativa." (ANTUNES, 1997, p. 32).

Todos esses fatores interferem nas condições de trabalho, a precariedade do vínculo de empregos informais, terceirização e desproteção do trabalho como um todo, além disso corroboram para as péssimas condições a que está exposta a classe trabalhadora, por conseguinte os/as trabalhadores/as assistentes sociais.

Nesse sentido, ao investigar as condições de trabalho dos/as assistentes sociais residentes na ESF, vem à tona as condições de trabalho postas à eSF, da qual o/a profissional passa a fazer parte, como indica esta fala: "*Em relação às condições de trabalho, a gente vivenciava as condições da unidade de saúde, que no meu ver eram condições um pouco precárias*" (E3).

Isso porque o/a assistente social insere-se em processos de trabalho coletivos, é um trabalhador assalariado e no caso do assistente social residentes da ESP/RS, é considerado um trabalhador autônomo. Um exemplo disso é o regime de contratação do/a residente, que

[9] Expressão adotada por Antunes e utilizada em seu livro Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho.

é por Recebimento de Pagamento Autônomo (RPA), sendo o pagamento da bolsa/salário realizado com recursos do Fundo Estadual de Saúde (FES) do RS. Salienta-se que quanto à fonte pagadora, os/as residentes da ESP/RS estão equiparados/as aos/às demais trabalhadores da saúde do Estado do RS e, dessa forma, também estavam recebendo o pagamento da bolsa/salário atrasado. Isso expressa a configuração de precárias condições de trabalho do/a assistente social residente, a qual também se estende aos/às demais trabalhadores/as da saúde.

Sendo assim, os resultados da pesquisa apontam para as condições de trabalho postas à eSF, ao/a assistente social residente e ao/a profissional residente inserido/a na ESF.

Em relação às condições de trabalho postas à eSF, constata-se que as ESFs, da RDS PLP de POA/RS, possuem estruturas físicas precárias, com espaços físicos que não comportam a quantidade de profissionais das eSFs e que foram adaptados aos serviços de saúde, como elucidam as seguintes falas:

> *A US é muito pequena e são três equipes, então era muita gente para pouco espaço, não tinha uma sala para atender (E1).*

> *Falando sobre as condições de trabalho na unidade de saúde [ESF], não só para nós residentes, mas para a equipe era muito difícil, era uma casa que não tinha uma estrutura de um serviço de saúde com esse foco com atendimento à família e atividades de promoção de saúde, então era algo muito improvisado [...] (E4).*

Ocorre que nessa RDS muitas das eSFs são distribuídas em casas alugadas pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PREF/POA). Poucas são as ESFs que foram projetadas e planejadas conforme as prerrogativas no MS, o que contrapõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual indica que

> a infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. **É importante que sejam previstos**

> **espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.** (BRASIL, 2017, grifo nosso).

Verifica-se que a precarização das estruturas físicas das ESFs afeta diretamente o processo e a organização do trabalho desenvolvido pelas eSFs, seja pela utilização por parte dos/as profissionais de espaço inapropriado para a realização de atividades assistenciais ou pela insegurança em relação à privacidade nos atendimentos de saúde, com risco de quebra do sigilo na relação entre profissional e usuário/a. Isso pode ser identificado nas falas de E1 e E5:

> *Não tinha espaço para todo mundo, a cozinha acabava sendo um anexo, a gente às vezes ficava lá, as enfermeiras ficavam lá, o pessoal fazia reuniões e conversava lá, porque era uma sala a mais (E1).*

> *A estrutura física até era uma estrutura bem grande, bem legal, só não tinha aquela questão sonora, as salas tu escutavas tudo o que se conversava nas salas, essa questão ética, esse cuidado do que era dito pelo usuário, ficava bem difícil, porque eles fecharam as paredes, mas ficava aberto em cima, é só uma repartição, era difícil, porque tu ias tratar questões bem delicadas, porque sabia que quem passasse pelos corredores iria escutar (E5).*

Nessa fala do/a E5 percebe-se que mesmo naquelas ESFs que têm um local mais amplo, as adequações realizadas para as divisões de salas comprometem a questão do sigilo nesses ambientes. Os atendimentos individuais podem ser ouvidos nos corredores, o que pode ocasionar a exposição dos/as usuários/as, bem como a perda de confiança do usuário com o/a profissional de saúde. Ademais, salienta-se a utilização de espaços inadequados para atividades assistenciais e dos espaços coletivos destinados ao cuidado do/a trabalhador/a, como local de alimentação, para conversar sobre o trabalho e realizar reuniões de serviço.

Por outro lado, há de se reconhecer o esforço dos/as profissionais para se adaptarem às adversidades e dar conta de realizar o trabalho que lhes é cobrado, como mostra esta fala: *"Eram poucas salas, a equipe tinha muito volume de atendimento, mas eu posso te dizer que*

eu nunca deixei de atender ninguém porque não tinha onde, a gente sempre dava um jeito [...]" (E6).

A partir do exposto, pode-se dizer que a estrutura física das ESFs, da RDS PLP de POA/RS, não condiz com a lógica da ESF proposta pelo MS (BRASIL, 2017). A proposta da ESF é de reorganização do modelo de atenção em saúde, a partir da expansão da ABS, de acordo com os princípios e diretrizes deste nível de atenção à saúde. Prevê-se ações de promoção, proteção, prevenção, manutenção e reabilitação em saúde, na busca de um atendimento integral, universal, equânime, que diminua as mazelas dos condicionantes e determinantes sociais que refletem na produção de saúde, desenvolvido a partir do território, com base na proximidade no cuidado, fortalecimento do vínculo e autonomia dos usuários. (BRASIL, 2017).

Constatam-se também alguns atravessamentos que são estruturantes e afetam diretamente as condições de trabalho das eSFs, como a violência e o tráfico de drogas presentes nos territórios das ESFs, como demonstram as falas que seguem:

> *[...] Era uma unidade de saúde [ESF] de muitas questões de agressividade por parte dos usuários com os trabalhadores, já tinha um histórico, então a gente tinha que ficar meio que na defensiva [...] o território ele tem muito essa questão do tráfico (E1).*

> *[...] Teve a questão da violência que foi muito complicada a gente ficou com muito medo, eu fiquei com muito medo (E2).*

> *[...] Teve bastante questão do tráfico de drogas e do posto [ESF] ser fechado e a gente ter que ir embora (E6).*

Para o enfrentamento da questão de violência dos/as trabalhadores/as da saúde a Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS adotou o *Plano de Acesso Mais Seguro* (AMS)[10],

[10] É uma metodologia que articula diversos serviços essenciais da rede pública e a Cruz Vermelha "a fim de reduzir a exposição dos profissionais e das instalações (ou seja, escolas, postos de saúde, hospitais) à violência armada. Entende-se que com profissionais mais preparados é possível criar as condições para garantir e ampliar a oferta de serviços à população, entre eles, saúde, educação e assistência social" (PMPA, 2020). Ver mais em:

instaurado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com o objetivo de instrumentalizar as equipes no manejo de situações de violência nos territórios.

Verifica-se também que o número de eSFs é insuficiente para a demanda de trabalho existente, o que sobrecarrega os/as profissionais e contribui para o adoecimento relacionado ao trabalho. Isso pode ser visto nas falas de E1 e E5:

> *[...] O espaço é muito pequeno também com uma equipe dupla, que na verdade deveria ser tripla pelo número de demanda que tinha e de atendimento diário e aí então tinha muito problema de sala, apesar de ser organizado, de haver esse esforço por parte de equipe de organizar essas salas [...] (E4).*

> *[...] A gente sabe que hoje o SUS está muito precarizado em todos os sentidos, é falta de profissionais para compor toda a equipe, o que eu percebia mais era dos ACS, que fazem essa ponte entre o usuário e a US, tinham muitos que estavam afastados por problemas de saúde, o adoecimento entre os profissionais [...] (E5).*

De acordo com a PNAB, a população adscrita à equipe de Atenção Básica (eAB) e à eSF deve ser de 2000 a 3500 pessoas por equipe (BRASIL, 2017). A RDS PLP de POA/RS tem um grande contingente populacional e dentro do seu território estão alguns residenciais terapêuticos, instituições de acolhimento à criança e ao adolescente, instituições do sistema prisional semiaberto (dois masculinos e um feminino) que são vinculados às ESFs do território. Ademais, sabe-se que os territórios dessa RDS contemplam um grande número de ocupações[11] e de pessoas migrantes.

<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=999197102&ACESSO+MAIS+SEGURO+PARA+ASSISTENCIA,+EDUCACAO+E+SAUDE>.

[11] "[...] Ocupação significa dar utilidade a algo, tornar útil um espaço que está sem uso, que não cumpre a sua função social. Assim, o principal argumento dos assessores jurídicos das ocupações urbanas é o fato de se tratar de imóveis que estavam vagos, serviam apenas a propósitos especulativos e não cumpriam nenhuma função social. Uma propriedade privada que não atende aos ditames da lei não pode ser protegida por essa mesma lei. Assim, a ação de ocupação de um terreno vago por uma população privada do acesso à moradia faz cumprir um direito constitucional." (LOURENÇO, 2017, p. 195).

Além disso, vale destacar a fala do/a E3: "*A equipe era mínima né e tinha também a questão do adoecimento dos profissionais ou mudança dos profissionais* (E3). Ela refere-se ao número de profissionais adoecidos, que ao serem afastados do trabalho, são substituídos por profissionais realocados de outros serviços, o que gera uma rotatividade enorme de profissionais. Ou seja, quando um profissional é afastado por motivo de saúde, não é feita uma contratação temporária de outro profissional, retiram-se profissionais de outras ESFs, que revezam-se para dar cobertura à falta de recurso humano em determinado posto de trabalho.

A partir do exposto, pode-se inferir que há uma disparidade entre o que é demandado às eSFs e o que é oferecido aos/as trabalhadores/as pela instituição empregadora para a realização do trabalho. Nessa lógica, Cardoso (2015) ao discutir sobre trabalho como determinante do processo saúde-doença, aponta que o desequilíbrio entre as demandas - aquilo que é cobrado pelo/a empregador/a - e os meios - as condições e os instrumentos que a empresa fornece para se alcançar as exigências - é um fator que corrobora para o adoecimento dos/as trabalhadores/as.

Em relação às condições de trabalho dos/as assistentes sociais residentes inseridos nas ESFs, os resultados da pesquisa indicam a falta de salas para atendimento direto aos usuários, a utilização de espaços insalubres e inapropriados para a realização de atividades assistenciais, e a escassez de recursos, como computadores e armários, como retratam estas falas:

> *[...] não tem uma sala para gente, não tem armário, não tem um computador [...] (E2).*

> *[...] Eu atendia na sala das ACS, embaixo da escada, em uma salinha bem pequenininha, que não tinha janela, não tinha nada, mas era uma sala para mim (E1).*

Verificam-se aspectos das relações de trabalho estabelecidas nas eSFs, como a dificuldade de reconhecimento do/a assistente social residente como profissional da saúde em formação à nível de pós-graduação, apto/a ao exercício da sua profissão, também como trabalhador/a e membro da equipe, embora por tempo determinado, o que culmina no

desrespeito ao/a profissional e ao/a usuário/a por ele/ela atendido/a. Isso fica evidente na fala do/a E2:

> *Na unidade de saúde [ESF] teve-se dificuldade com a equipe, inclusive de dizer que a gente não podia usar a cozinha porque não éramos trabalhadores de verdade, sendo que estávamos "matriciando" na cozinha, repassando os casos e anotando, porque não tinha sala, éramos chamadas de estagiárias o tempo todo, eu tinha que ficar reforçando o tempo todo com um dos médicos que eu era uma profissional (E2).*

Percebe-se que é comum as interferências (bater na porta, entrar porta a dentro, permanecer na sala, etc.) durante o atendimento direto do/a assistente social ao/a usuário/a, que resulta na exposição de ambos e no risco de quebra de sigilo profissional. Isso fica nítido nesta fala do/a E1:

> *Foi bem difícil porque o pessoal não respeita a questão do sigilo, eles entravam, batiam na porta o tempo todo, entravam ali para falar no telefone, às vezes eu estava atendendo e tinha que parar, as vezes eu não conseguia atender ali daí, eu tinha que catar uma sala (E1).*

Há de se considerar o empenho do/a assistente social residente em realizar o atendimento ao/a usuário/a em meio a falta de espaço físico adequado, garantindo o direito ao atendimento, para que o/a usuário/a não seja desvalorizado/a, uma vez que desprendeu tempo para ir até o serviço com horário agendado, como indica a fala de E4:

> *[...] Sempre que acontecia alguma situação extraordinária, alguém precisava de um atendimento, fazer algum exame e precisava de uma sala, sempre a residente de Serviço Social em especial tinha que ceder e aí eu tinha que ir para outro espaço, na casa dos grupos, para não deixar o usuário, que eu contatei e que estava previsto um horário para ele, na mão; fui para outro local, mas que também não se garante muito sigilo, era uma casa de madeira, então não era um local apropriado para atendimento, mas muitas vezes era o que me sobrava, diante da necessidade de não dispensar o usuário e não fazer nenhuma escuta, nem ouvir o que ele me trouxe [...] (E4).*

Porém, sabe-se que tais condições de trabalho esbarram em questões éticas do assistente social. Isso fere princípios e deveres do código de ética profissional, o compromisso do exercício profissional de qualidade e o sigilo em relação às informações trazidas pelo usuário (CFESS, 2012).

Um aspecto intrigante é porque o atendimento do assistente social pode ser transferido ou interrompido, como mostram essas últimas falas de E1 e E4. Será pela centralidade do médico na eSF, que é reforçada pelo modelo de gestão adotado em Porto Alegre/RS e pelos demais profissionais que compõem a equipe; será porque ainda as demandas clínicas (relacionadas ao biológico) dos usuários são o foco principal do atendimento nas ESFs em detrimento das demandas psicossociais; ou será porque o fato de não haver um/uma assistente social contratado/a, que componha permanentemente a eSF, propicia o desconhecimento por parte dos outros profissionais, do fazer do/a assistente social, tornando-se assim o/a assistente social residente um/uma estrangeiro/a na eSF.

Por fim, identificam-se condições de trabalho postas aos profissionais residentes inseridos nas ESFs, que referem-se ao que não se limita ao assistente social e que se estendem ao psicólogo, ao nutricionista, ao enfermeiro, entre outros. Nota-se o desamparo ao residente, tanto por parte das equipes quanto pela instituição responsável pela formação, que se materializa no sofrimento psíquico do profissional, como indica esta fala do/a E4:

> *Sobre essa condição também do residente, eu queria trazer das condições de trabalho, o quanto muitas vezes a gente sofre, passa por algumas situações e não tem um atendimento, não tem uma acolhida, ao contrário, é só reforçada essa identidade ambígua, confusa, que muitas vezes se coloca: é trabalhador, mas é estudante. E aí é estudante para determinados momentos, para outros é trabalhador. Favorece muito a violação dos nossos direitos enquanto trabalhadores, somos expostos a situações de violência. (E4).*

Outro elemento que a fala do/a E4 indica é a condição de residente, profissional em formação e remunerado, que o/a coloca em uma posição propícia a uma série de violações de direitos do trabalho, uma vez que a ele cabe fazer tudo que for solicitado dentro da eSF, de preferência sem reclamar, em prol do aprendizado/da formação, para o/a qual está sendo "muito bem remunerado/a", aos olhos dos demais trabalhadores da eSF, que recebem minguados salários. Vale ressaltar que a bolsa-salário do residente da ESP/RS é a maior do

RS, atualizada no valor bruto de 4.329,56 (quatro mil e trezentos e vinte e nove reais e cinquenta e seis centavos), do qual é descontado a contribuição com a Previdência Social no valor de 476,25 (quatrocentos e setenta e seis reais e vinte e cinco centavos) (RS, 2020).

3 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa expõem algumas características preocupantes das condições de trabalho, às quais estão expostos os trabalhadores da saúde, onde inclui-se o/a assistente social residente e outros/as profissionais residentes.

É urgente a necessidade de adequação dos espaços físicos da ESFs para o desenvolvimento do trabalho das eSFs e o acolhimento dos/as residentes, a fim de propiciar experiências positivas na formação em serviço. Entende-se que aprender pelo sofrimento não é nenhum pouco saudável, ademais trata-se de uma lógica muito perversa com o/a trabalhador/a, que não deve ser romantizada.

Ressalta-se também a necessidade de se repensar a forma como tem ocorrido a inserção do/a assistente social residente nas ESFs, dadas as relações estabelecidas dentro das eSFs. Sabe-se que, de modo geral, a inserção de um novo membro em uma equipe de trabalho gera diferentes expectativas, tensões e resistências. Traduzindo isso à realidade do/a assistente social na ESF, a situação se complica ainda mais, pois se trata de um/uma profissional que, normativamente falando, não deveria estar nessa equipe, o que gera um tensionamento por parte do/a profissional residente, às vezes expresso através do sofrimento.

Verifica-se que o/a residente ao ingressar neste serviço não sabe o que fazer, porque é comum a residência ser a primeira experiência do/a profissional como assistente social e não existe nada em específico para orientar o trabalho, nem tão pouco uma diretriz por parte da instituição formadora. Além disso, não tem um/uma preceptor/a de núcleo no serviço para orientar o/a residente, não tem um/uma preceptor/a de campo capacitado/a, em relação à formação em serviço, para recebê-lo/a da ESF, não tem um espaço adequado para se estabelecer no serviço e não tem uma equipe preparada para lidar com as particularidades que envolvem a formação em saúde.

Diante disso, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para dar visibilidade e qualificar a inserção do/a assistente social residente na ESF, uma vez que, acredita-se que é um serviço de saúde, que tem requisições e demandas para esse/essa profissional da saúde, e que o/a assistente social tem contribuído junto às eSFs. A inserção do/a assistente social na ESF, embora nesse caso seja como residente, merece ser reconhecida e deve estar orientada pelo projeto ético-político do Serviço Social.

Almeja-se que as reflexões críticas apresentadas aqui possam suscitar discussões, no sentido de aprimorar a inserção dos/as residentes na ABS, reconhecer esse espaço de atuação profissional, qualificar a atenção à saúde dos/as usuários/as e, consequentemente, garantir uma formação de qualidade. Diante da pouca produção acadêmica sobre a inserção do assistente social na ESF, inclusive na ABS, este estudo contribui para a construção de conhecimento sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 4ª ed. Campinas: Cortez, 1997.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Traduzido por: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012.** Institui as Diretrizes Gerais para a criação e operacionalização dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, em âmbito nacional. Brasília: CNRMS, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS,

2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 109, jan-mar. 2012, p. 126-150. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CARDOSO, A. C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, 2015, p. 73-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/4zYdCRfPsMbWRBR9bfPxNsf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 02 out. 2020.

CHAVÉZ, G. M.; ALMEIDA, N. A.; NITSCHKE, R. G.; VIEGAS, S. M F. Teorização da demanda por profissionais e usuários das Estratégia de Saúde da Família: espontânea, programada, reprimida. **Texto Contexto Enferm [internet]** 2020. Acesso em 18 ago 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0331>.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10ª ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

LOURENÇO, T. C. B. Ocupações urbanas em Belo Horizonte: conceitos e evidências das origens de um movimento social urbano. **Caderno de Arquitetura e Urbanismo**, Belo Horizonte, v. 24, nº 36, 2017, p. 182-217. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.2316-1752.2017v24n35p182-217>. 15 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Condições de trabalho**. 2020. Disponível em: <https://www.ilo.org/lisbon/temas/WCMS_650796/lang--

pt/index.htm#:~:text=De%20um%20modo%20geral%2C%20as,existentes%20no%20local%20de%20trabalho>. Acesso em: 30 nov. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (PMPA). SECRETARIA DE SAÚDE (SMS). **Acesso Mais Seguro para Assistência, Educação e Saúde.** 2020. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=999197102&ACESSO+MAIS+SEGURO+PARA+ASSISTENCIA,+EDUCACAO+E+SAUDE>. Acesso em: 10 dez. 2020.

RIO GRANDE DO SUL (RS). SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES). ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA (ESP). **Processo Seletivo Público para Ingresso na Residência Integrada em Saúde (RIS) em Março de 2021**: Edital nº 2/2020. RS/SES/ESP: Porto Alegre, 2020. Disponível em: <http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/upload/1612896658_EDITAL%20MULTI%20592_PSU_RMS_Edital_ESP%20(1).pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.